

Prijava osiguranog slučaja GlobosMedic dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja

BROJ POLISE:	BROJ KARTICE:	NAZIV UGOVARAČA OSIGURANJA:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

OSIGURANIK (KORISNIK OSIGURANJA)	Prezime, ime	Matični broj
	<input type="text"/>	
	Ulica i broj, poštanski broj i mesto	
<input type="text"/>		
E-mail (obavezno popuniti)		Broj telefona
<input type="text"/>		<input type="text"/>

Ja, kao korisnik osiguranja, svojim potpisom na ovom obrascu dajem svoju pismenu saglasnost da se rešenje o pravu na naknadu, obaveštenja i informacije dostavljene od strane osiguravača u elektronskoj formi na gorenavedenu adresu mogu smatrati podjednako validnim kao i dokumenti ispostavljeni u pismenoj formi.

PODACI O OSIGURANOM SLUČAJU

Datum nastanka osiguranog slučaja	Opis usluge i/ili prepisanog leka	Ukupan iznos troškova
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Ukupan iznos plaćen od strane pacijenta:	<input type="text"/>

POTREBNA DOKUMENTACIJA:

1. Obrazac prijave osiguranog slučaja
2. Medicinski izveštaj sa navedenom dijagnozom I prepisanom terapijom
3. Original račun za medicinske usluge

Izjavljujem da sam na sva pitanja odgovorio istinito i potpuno.

Izjavljujem da sam saglasan da Osiguravač – Globos osiguranje doo - u postupku rešavanja odštetnog zahteva, ukoliko oceni za potrebno, ima pravo uvida u svu dokumentaciju i pribavljanje informacija od trećih lica o trenutnom i ranijem zdravstvenom stanju Osiguranika (zdravstveni karton, izveštaji specijalističkih ordinacija, kartoni - istorija bolesti u bolničkim ustanovama i slično).

U , dana godine.

Odštetu isplatiti na račun , kod
(Broj dinarskog tekućeg računa) (Naziv banke)

Ime i prezime korisnika osiguranja

Potpis osiguranika-korisnika osiguranja
(za maloletna lica potpis roditelja ili staratelja)